

**Solicitud de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad**  
**(Medicaid Home and Community-Based Services/HCBS por sus siglas en inglés)**

Usted debe recibir Medicaid para recibir servicios de exención. Si no ha solicitado Medicaid o lo ha solicitado en el pasado pero se le ha negado, debe solicitarlo ahora.

**Sección I: Debe ser completada por el individuo o el departamento de HCBS que lo remite:**

**(Favor Escribir con Letra de Molde)**

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Número de Seguro Social
Dirección (No. del Apartamento)	Fecha de Nacimiento
Ciudad, Estado y Código Postal	Número de Teléfono
Nombre del Representante Autorizado (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Número de Teléfono
Dirección del Representante Autorizado (No. del Apartamento)	
Ciudad, Estado y Código Postal del Representante Autorizado	

**Indique la(s) exención(es) que corresponda(n) (marque todas las que correspondan):**

<input type="checkbox"/> Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio <input type="checkbox"/> Exención de Cuidado en el Hogar de Ohio (Ohio Home Care Waiver) <input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Retardo Mental/Discapacidades de Desarrollo (especifique el tipo de exención): <input type="checkbox"/> Exención de Opciones Individuales (Individual Options Waiver) <input type="checkbox"/> Exención de Centro Residencial (Residential Facility Waiver) <input type="checkbox"/> Exención de Nivel I (Level I Waiver) <input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Ohio Department of Aging (especifique el tipo de exención) <input type="checkbox"/> Exención del Programa PASSPORT <input type="checkbox"/> Exención del Programa CHOICES <input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Otra (especifique)

Autorizo al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado (CDJFS por sus siglas en inglés) y a sus personas designadas a analizar mi elegibilidad para cobertura de Medicaid de servicios de exención de HCBS.

Firma del Individuo que solicita asistencia médica (o el Representante Autorizado)		Fecha
Nombre de la Persona que ayudó a completar este formulario (favor escribir con letra de molde)	Firma de la Persona que ayudó a completar este formulario	Fecha

**Sección II: Debe ser completada por el CDJFS:**

Name of CDJFS Case Worker (please print)	Is the individual currently on Medicaid or is an application for Medical Assistance pending? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Signature of CDJFS Case Worker	
Date Received By CDJFS:	If yes: CRIS-E Number: Application Date: